
PlusPunt
Medisch centrum 

Huisartsen 
Oostelijk Zuid-Limburg



zuyderland

***Zorgmodule hartfalen:
PlusPunt en praktijken OZL***

2020

HOZL

Regio Oostelijk Zuid-Limburg

Januari 2020, Versie 6.6

Inhoud

| | |
|---|----|
| Inhoud | 2 |
| Inleiding | 3 |
| 1 Over Mijn Zorg | 3 |
| 1.1 Programma 'Juiste Zorg' | 3 |
| 1.2 Hartfalen in OZL | 4 |
| 2 Tijdsperiode zorgmodule | 4 |
| 3 Uitvoering taken conform het zorgprotocol | 5 |
| 4 Het ziektebeeld hartfalen | 5 |
| 5 Anamnese vermoeden HF | 5 |
| 6 Praktijkscreening patiëntenbestand: hartfalen en ICPC codering | 6 |
| 7 Onderzoek en diagnostiek vermoeden HF | 7 |
| 8 Beleid Hartfalen nieuwe patiënt | 9 |
| 9 Controle beleid hartfalen | 9 |
| 9.1 Beleid Hartfalen: bekende patiënt met EF < 50/ reeds uit 2 ^e lijn terug verwezen | 9 |
| 9.2 Beleid Hartfalen: bekende patiënt met EF > 50 | 10 |
| 9.3 Terminaal Hartfalen | 10 |
| 9.4 Beleid Hartfalen in huisartsenpraktijk: bewezen HF patiënt | 10 |

DE ZORGMODULE HARTFALEN

Inleiding

In het initiatief 'Mijn Zorg' willen CZ, Zuyderland MC en Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL) de mogelijkheden onderzoeken om een langdurige verbintenis met elkaar aan te gaan. Het doel hiervan is samen met Burgerkracht en andere relevante stakeholders een toekomstbestendige integrale populatiegebonden aanpak te ontwikkelen, die leidt tot kwalitatief goede zorg en gezondheid en die de groei in de zorgkosten in de regio Oostelijk Zuid Limburg beperkt. Daarnaast faciliteert 'Mijn Zorg' de verplaatsing van chronische zorgfuncties van de tweede naar de eerste/ anderhalve lijn.

Na de opening van het anderhalvelijns centrum, PlusPunt, voor de laag risico cardiologische patiënt, werd in 2015 het belang van een zorgmodule voor patiënten met hartfalen (HF) duidelijk en is besloten regionale afspraken te maken over samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Op initiatief van het Zorginstituut Nederland is in juli 2013 een landelijke werkgroep transmurale zorg bij hartfalen opgericht om de organisatie van de hartfalenzorg te optimaliseren. Er is besloten om een landelijk transmurale afspraak te maken (LTA). Het doel van de LTA is een landelijk kader te bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorgprofessionals en zorggebruikers omtrent de organisatie van hartfalenzorg.

De LTA Hartfalen is het uitgangspunt voor NVVC Connect Hartfalen.

Ook zal daarmee substitutie van tweedelijns zorg mogelijk worden doordat binnen de zorgmodule afspraken worden gemaakt over de inzet van tweedelijns expertise (gespecialiseerde verpleegkundigen en cardiologen) binnen de eerste en anderhalvelijns zorg.

Het zorgproces binnen de zorgmodule HF is beschreven in onderhavig document.

1 Over Mijn Zorg

'Mijn zorg' pakt de handschoen op om tegelijkertijd de stijging van de zorgkosten te beperken en knelpunten in de zorg op te lossen. Het gaat ervan uit dat kostenbeheersing lange tijd één van de beleidsdoelstellingen zal (moeten) zijn, omdat de zorgvraag sneller groeit dan het beschikbare budget. Maar tegelijkertijd biedt 'Mijn zorg' wel een alternatief voor de bezuinigingsmaatregelen die de overheid heeft om groei van de zorgkosten te beperken.

Het richt zich niet alleen op verbetering van betaalbaarheid van de zorg, maar ook op kwaliteit en toegankelijkheid. Verbeteringen voor alle stakeholders zijn het uitgangspunt: patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraar, overheid, gemeente en werkgevers. 'Mijn Zorg' start met activiteiten op drie thema's: juiste zorg, kostenbewust en zelf.

1.1 Programma 'Juiste Zorg'

Binnen het programma 'juiste zorg' zijn 2 grote projecten/pilots gedefinieerd:

- PlusPraktijken

Doel: De praktijken in OZL moeten een set van interventies leveren die gezamenlijk bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg en gezondheid en lagere kosten (triple aim). 14 van de 70 huisartsenpraktijken van Huisartsen OZL nemen deel aan deze pilot. De pilot richt zich op activiteiten op het gebied van patiëntempowerment, doelmatige zorg door substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn en integrale wijkzorg.

- PlusPunt: eerstelijnspluscentrum Heerlen
Doel: Versterking van de eerste lijn door intensieve samenwerking van huisartsen met medisch specialisten. Meer zorg in de eerste lijn en meer terugverwijzen vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn. Inmiddels is PlusPunt Heerlen sinds oktober 2014 operationeel op het gebied van de cardiologie. De voorzieningen zijn inmiddels uitbereid naar dermatologie, kleine chirurgie, KNO, interne geneeskunde, gynaecologie, orthopedie en ouderenzorg. Een patiënt waarover de huisarts zorgen heeft, wordt binnen PlusPunt gezien door de medisch specialist, maar blijft onder behandeling van de huisarts.

1.2 Hartfalen in OZL

Na de opening van PlusPunt, voor de laag risico cardiologische patiënt, werd in 2015 het belang van een zorgmodule voor patiënten met hartfalen (HF) duidelijk en is besloten regionale afspraken te maken over samenwerking tussen de eerste, anderhalve en tweede lijn in een zogenaamde 'zorgmodule Hartfalen'. Het doel hierbij is om HF patiënten indien mogelijk in de eerste lijn te houden met advisering vanuit de tweede lijn, gefaciliteerd vanuit het PlusPunt.

Deze samenwerking is beschreven in onderhavig document.

Stabiele en laagcomplexe patiënten met hartfalen kunnen vaak binnen de huisartsenpraktijk behandeld worden, wanneer de voor het beleid relevante comorbiditeit goed in beeld is en eventuele klachten en symptomen adequaat kunnen worden behandeld. In dit document wordt de protocollaire behandeling van hartfalen in de eerste lijn beschreven.

Bij onzekerheid over de aanwezigheid van mogelijk relevante cardiovasculaire comorbiditeit (zoals eventueel kleplijden en hartfalen), onvoldoende reactie op behandeling of op verzoek van de patiënt kunnen de Praktijken in OZL gebruik maken van (eenmalige) consultatie/screening of advies van de PlusPunt cardioloog of in de toekomst een verpleegkundig specialist. Hierbij blijft de patiënt onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts.

Indien er sprake is van hartfalen de novo of belangrijke onderliggende structurele hartafwijkingen behoort de HF patiënt binnen de 2^e lijn behandeld te worden, tenzij sprake is van terminaal HF. Om de zorg voor de patiënt met hartfalen te optimaliseren is een sluitende keten noodzakelijk. Zowel 1^e, als 1,5^e en 2^e lijn zullen in overeenstemming de zorg optimaliseren, door middel van consultatie mogelijkheden over en weer, het gebruik van eHealth, de inzet van zelfzorg en ondersteuning door wijkzorg.

Proces en inhoud van deze ketensamenwerking is beschreven in deze zorgmodule.

2 Tijdsperiode zorgmodule

De zorgmodule hartfalen (HF) gaat op 01-09-2020 van start in de regio Oostelijk Zuid-Limburg. De zorgmodule HF wordt halfjaarlijks geëvalueerd in multidisciplinair verband en zo nodig aangepast. De zorgmodule HF geldt voor een periode van 3 jaar. Indien in de tussentijd wijzigingen optreden in bijvoorbeeld landelijke richtlijnen zal door Huisartsen-OZL worden nagegaan hoe en wanneer de aanpassingen het beste kunnen worden doorgevoerd en in de vorm van addenda worden uitgewerkt.

3 Uitvoering taken conform het zorgprotocol

De zorgverleners binnen de ketenzorg handelen conform de voor de beroepsgroep geldende standaarden en richtlijnen en wijken daarvan af indien het belang van de patiënt daartoe aanleiding geeft. De zorgmodule HF beschrijft de basiszorg en laat ruimte over voor bijsturing bij complicaties en extra benodigde zorg. In overleg met de patiënt (en de huisarts) kan een zorgverlener bijvoorbeeld besluiten patiënten minder vaak of korter te zien. Hierdoor blijft meer tijd over voor patiënten die extra zorg nodig hebben. Door het leveren van maatwerk zal in totaliteit een hogere kwaliteit zorg geleverd worden tegen dezelfde kosten. Hierbij moet worden opgemerkt dat indien gemiddeld meer dan de maximaal vastgestelde tijd wordt besteed aan de patiënt dit voor Huisartsen-OZL niet te declareren is bij de zorgverzekeraars. Mocht om bepaalde redenen de tijdsbesteding aanzienlijk oplopen, dan wordt overleg met Huisartsen-OZL over het vinden van een oplossing aanbevolen.

4 Het ziektebeeld hartfalen

In 2007 waren er in Nederland naar schatting 120.000 mensen met hartfalen. De prevalentie stijgt met de leeftijd van 0,8 % tussen de 55 en 64 jaar naar 20 % voor mensen van 85 jaar en ouder. Verwacht wordt dat de prevalentie van hartfalen verder zal toenemen door veroudering van de bevolking en dankzij de succesvolle behandeling van coronaire ziekte. Per jaar komen er ongeveer 39.000 nieuwe patiënten met hartfalen bij: dat zijn per gemiddelde huisartsenpraktijk van 2095 patiënten ongeveer 8 patiënten.

Hartfalen is een complex van klachten en verschijnselen bij een structurele of functionele afwijking van het hart dat leidt tot een tekortschietende pompfunctie van het hart. Centraal bij hartfalen staat een verminderde inspanningstolerantie, die zich uit in klachten van kortademigheid en/of vermoeidheid. Meestal zijn er ook tekenen van vochtretentie, zoals pulmonale crepitaties, perifeer oedeem en verhoogde centraal veneuze druk (CVD), of is een heffende/verbrede ictus palpabel in linkerzijligging. Bij twijfel kan een klinische verbetering na toediening van diuretica de diagnose ondersteunen. In vroege stadia van hartfalen kunnen verschijnselen van overvulling echter ontbreken.

Nieuw ontstaan hartfalen heeft betrekking op de eerste presentatie. Deze kan *acuut of geleidelijk* zijn. Patiënten op de spoedeisende hulp in het ziekenhuis behoren veelal tot de eerste groep, terwijl bij geleidelijk nieuw hartfalen vaak de eerste presentatie bij huisarts of andere specialisten is.

5 Anamnese vermoeden HF

De eerste verdenking op hartfalen is gebaseerd op anamnese, aangevuld met informatie uit de voorgeschiedenis en lichamelijk onderzoek. De anamnese en een zorgvuldig uitgevoerd lichamelijk onderzoek vormen de sleutel tot vroege opsporing van hartfalen.

Kortademigheid en vermoeidheid als uiting van een verminderd inspanningsvermogen zijn de meest karakteristieke klachten, maar ze zijn erg aspecifiek.

Bij de volgende klachten is er reden om aan HF te denken:

- Verminderd inspanningsvermogen
- Kortademigheid
 - Orthopnoe
 - Paroxysmale nachtelijke dyspneu
 - Bij inspanning, of ook in rust

- Vermoeidheid
- Angineuze klachten, palpities, syncope

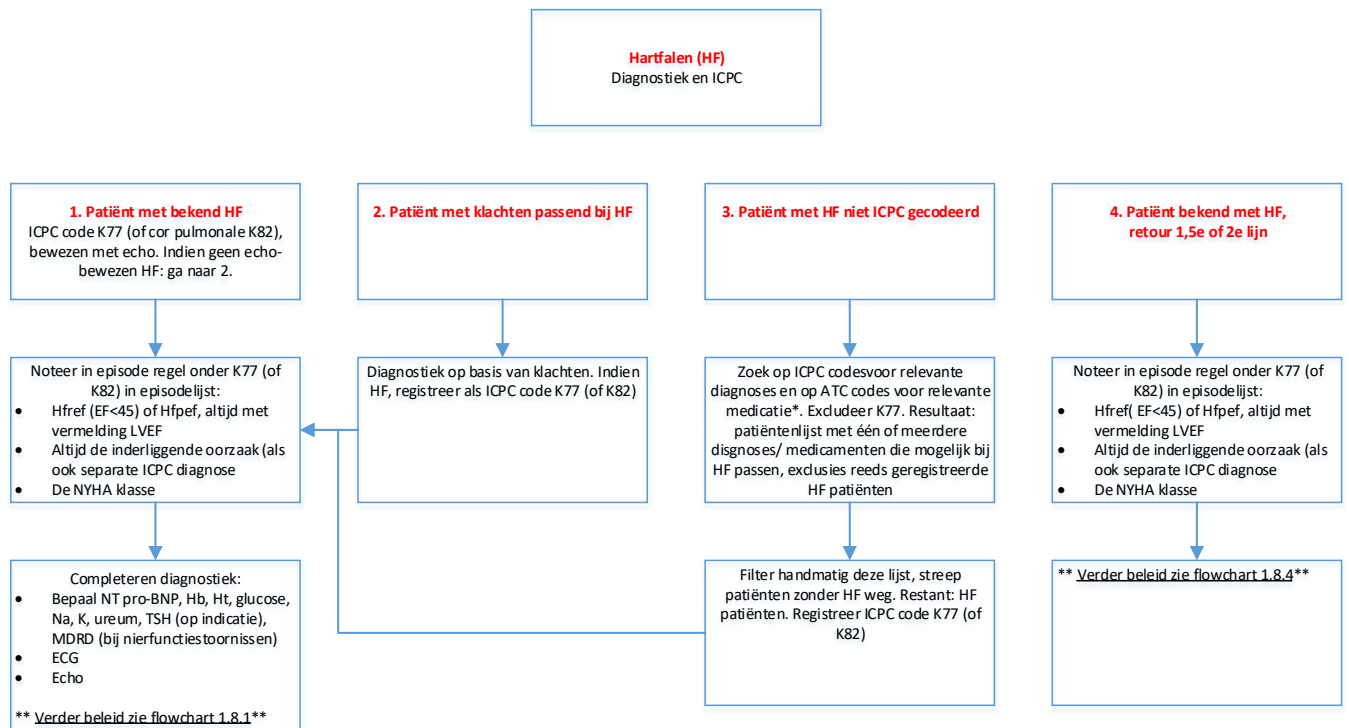
Extra aandacht is noodzakelijk bij belaste cardiovasculaire voorgeschiedenis, hypertensie, COPD (15% overlap) en Diabetes Mellitus type 2.

Risicofactoren / mogelijke onderliggende oorzaken:

- **Verminderde ejectiefractie (<50):** ischemische hartziekte (60-70%), hypertensie (20-30%), hartklepafwijkingen (<10%), atriumfibrilleren, andere ritme- of geleidingsstoornissen, hartfrequentie verlagende medicatie, middelen die kunnen leiden tot natrium- en vochtretentie (NSAID's, COX-2 remmers, corticosteroiden), thiazolidinedionen, cardiomyopathie (5-10%), recente chemotherapie, intoxicaties (alcohol, cocaïne), anemie, exacerbatie van COPD, pneumonie, andere ernstige infecties, hyperthyreoïdie, longembolie, congenitale afwijking (<2%).
- **Behouden ejectiefractie (>50):** hypertensie, atriumfibrilleren, chronotrope incompetentie, coronairlijden, klepaandoeningen (met name aortaklepstenose), stapelingsziektes zoals amyloïdose, pulmonale hypertensie, niet cardiale oorzaken zoals longembolie, COPD, obesitas, anemie etc. Vaak ook combinatie van deze aandoeningen.

6 Praktijkscreening patiëntenbestand: hartfalen en ICPC codering

Bij de start van deelname aan de 'Zorgmodule Hartfalen', zullen de huisartsenpraktijken in OZL een identificatie uitvoeren binnen de bestaande patiëntpopulatie binnen de praktijk naar Hartfalen en deze als zodanig coderen (zie figuur 1). Dit kunnen zowel bestaande als nieuwe HF patiënten zijn.



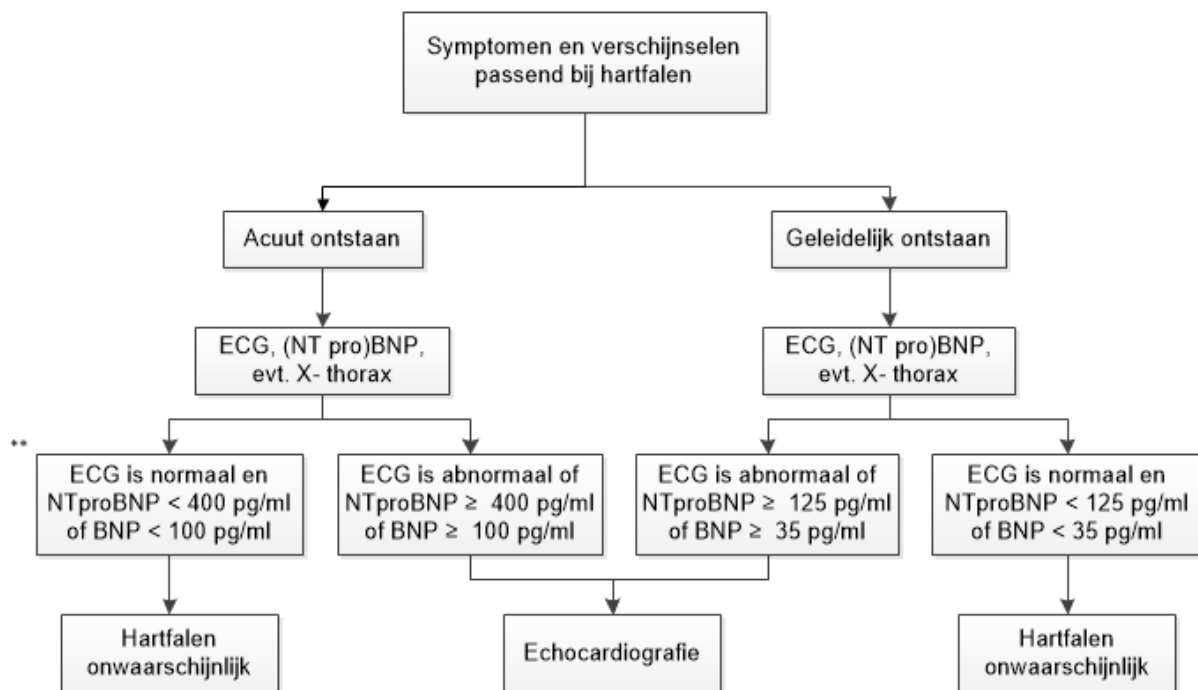
* Zoekstrategie: **Excludeer** hartfalen K77 en cor pulmonale K82. **Indudeer** acuut myocardinfarct K75, gezwollen enkels en enkeloedeem K07, atriumfibrilleren én cardiale druk/ beklemming K78 én K02, hypertensie én cardiale druk/ beklemming K86/87 én K02. **Indudeer** ATC coderingen digoxine C01AA, diuretica en aldosteronblokkers C03, beta blokkers C07, middelen werkzaam op RAASysteem C09.

Figuur 1 Hartfalen en diagnostiek

7 Onderzoek en diagnostiek vermoeden HF

De diagnose hartfalen berust op drie pijlers:

- klinische symptomen passend bij hartfalen (bijvoorbeeld verminderde inspanningstolerantie, zich veelal uitend in klachten van kortademigheid en vermoeidheid of perifeer oedeem);
en
- onderzoeksbevindingen passend bij hartfalen (bijvoorbeeld crepiteren over de longen, verhoogde centraal veneuze druk (CVD), perifeer oedeem, vergrote lever, heffende/verbrede ictus, hartgeruis, tachycardie, tachypneu, derde harttoon);
en
- objectief bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart in rust.



Figuur 2 Algoritme voor diagnostiek HF

- **
- | | |
|---------------------|--|
| 400 pg/ml NT-proBNP | ≈ 50 pmol/l NT-proBNP ^{Noot1} |
| 125 pg/ml NT-proBNP | ≈ 15 pmol/l NT-proBNP |
| 100 pg/ml BNP | ≈ 35 pmol/l BNP |
| 35 pg/ml BNP | ≈ 10 pmol/l BNP |

Wanneer op grond van klachten en verschijnselen de verdenking op hartfalen ontstaat, adviseert de werkgroep om aanvullend een electrocardiogram (ECG) te laten maken en (NT-pro)BNP in het bloed te laten bepalen en eventueel een thoraxfoto te laten maken. Een volstrekt normaal ECG in combinatie met een normaal (NT-pro)BNP maakt de diagnose hartfalen zeer onwaarschijnlijk. Wat betreft de afkapwaarden voor (NT-pro)BNP wordt onderscheid gemaakt tussen ‘acuut’ en ‘geleidelijk ontstaan’ van hartfalen.

Bij een verhoogde (NTpro)BNP waarde^{Noot 1} wordt geadviseerd om nadere diagnostiek te verrichten, waarbij in elk geval wordt geadviseerd om aanvullend laboratoriumonderzoek te doen en een echocardiogram (en evt. X- thorax) te laten maken.

Een eenmalig cardiologisch consult binnen eerstelijnspluscentrum PlusPunt is een goede optie om de diagnostiek effectief te completeren, vooral om de onderliggende oorzaak van het hartfalen te diagnosticeren. Indien nodig verdere diagnostiek in de tweede lijn.

Met behulp van echocardiografie kan hartfalen verder worden opgesplitst in hartfalen met systolische linkerventrikeldisfunctie (echografisch een linkerventrieklejectiefractie (LVEF) < 50%), een combinatie van systolische en diastolische linkerventrikeldisfunctie of alleen diastolische disfunctie. Geschat wordt dat in de huisartsenpraktijk van de patiënten met hartfalen 30-50% systolisch (HFrEF) en 50-70% diastolisch (HFpEF) hartfalen heeft. Vereenvoudigd weergegeven betreft het bij systolische disfunctie een hart dat door verschillende oorzaken onvoldoende samentrekt tijdens de systole. Een veel voorkomende oorzaak is een hartinfarct. Bij diastolische disfunctie is geen sprake van een (sterk) verminderde contractie van het hart, maar wordt het hartfalen veroorzaakt door een verstijving van het hart, waardoor het hart niet optimaal wordt gevuld tijdens de diastole. Een veel voorkomende oorzaak is langdurige hypertensie. De ernst van het hartfalen wordt weergegeven in de NYHA-classificatie (zie tabel 1).

Tabel 1: NYHA functionele classificatie; ernst gebaseerd op symptomen bij inspanning

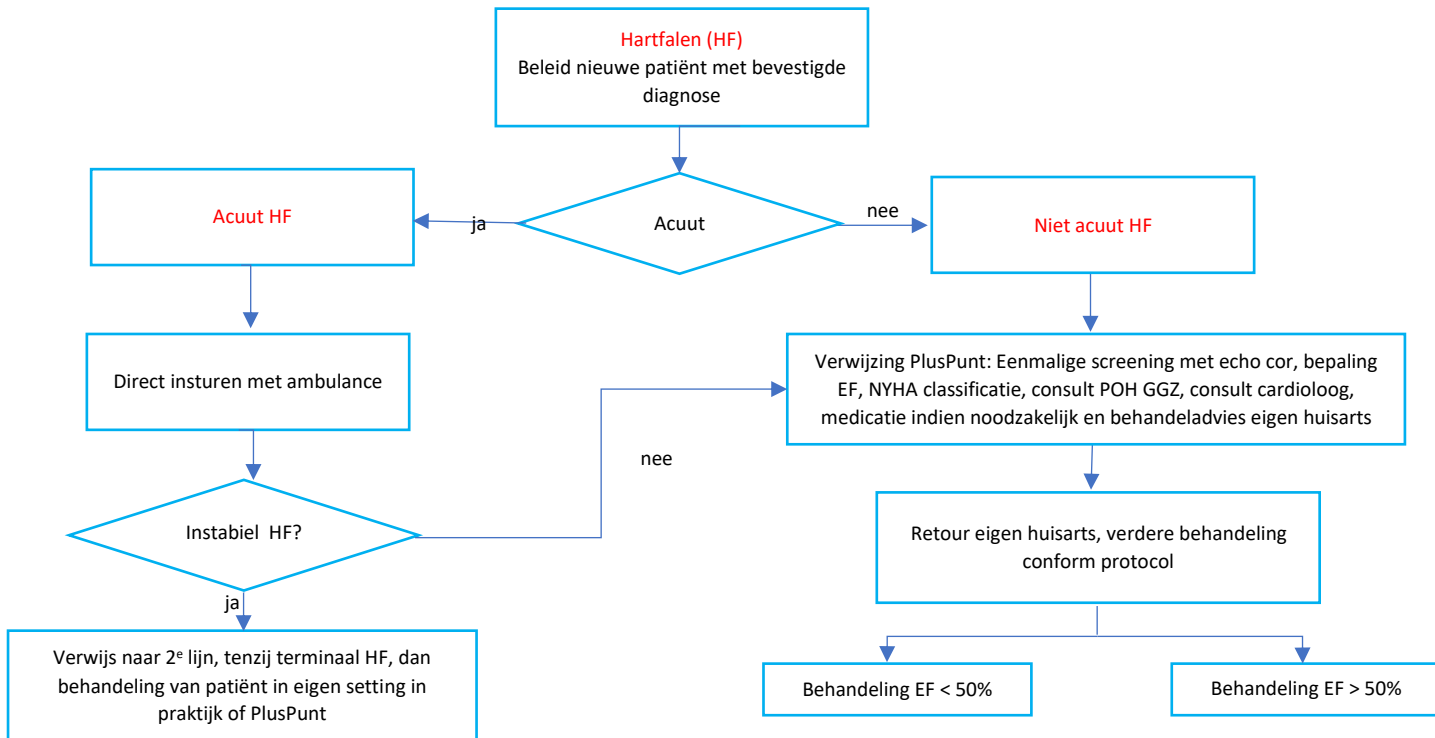
| | |
|------------|--|
| Klasse I | geen beperking van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitaties of dyspneu |
| Klasse II | enige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitaties of dyspneu |
| Klasse III | ernstige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitaties of dyspneu |
| Klasse IV | geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust |

Noot 1: NT-proBNP bij hartfalen.

De nierklaring is een belangrijk verwijderingsmechanisme voor NT-proBNP, zodat bij de interpretatie rekening gehouden moet worden met een gestoorde nierfunctie. Er zijn verschillende andere factoren waarvan beschreven is dat die invloed hebben op NT-proBNP. Hogere waarden komen voor door: gestoorde nierfunctie, longembolie, sepsis, pulmonale hypertensie, diabetes, anemie, hogere leeftijd. Obesitas geeft juist wat lagere waarden.

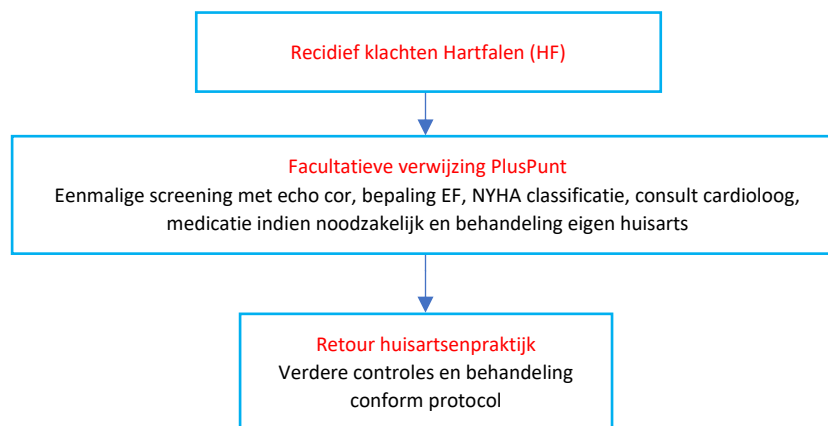
8 Beleid Hartfalen nieuwe patiënt

Het beleid gericht op de nieuwe patiënt met hartfalen wordt navolgend weergegeven.



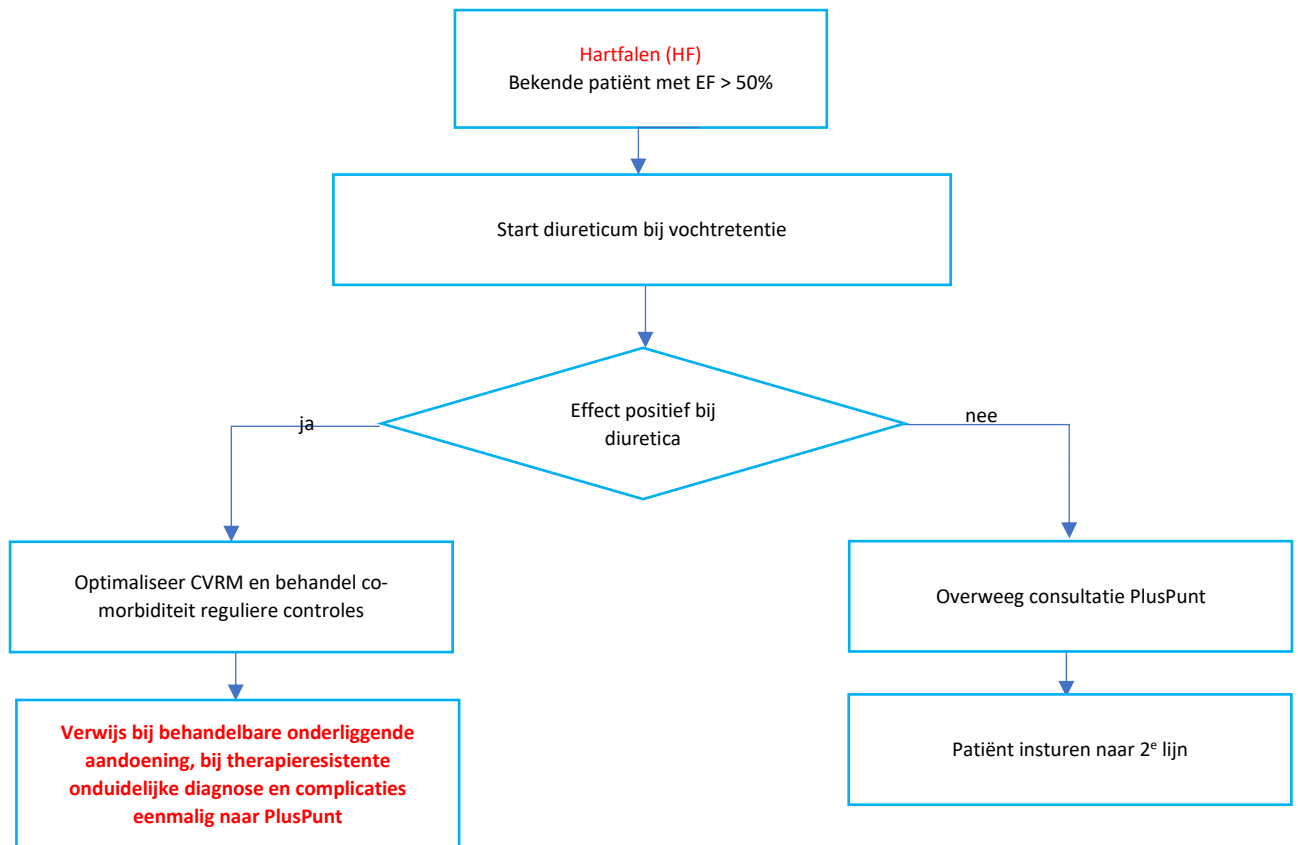
9 Controle beleid hartfalen

9.1 Beleid Hartfalen: bekende patiënt met EF < 50/ reeds uit 2^e lijn terug verwezen



Figuur 3 Beleid HF: bekende patiënt met EF < 50%

9.2 Beleid Hartfalen: bekende patiënt met EF > 50

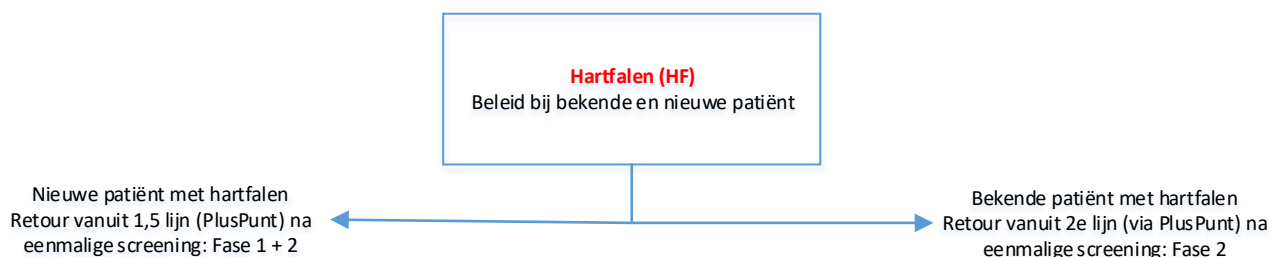


Figuur 4 Beleid HF: bekende patiënt met EF > 50%

9.3 Terminaal Hartfalen

Indien van toepassing wordt de iCD uitgeschakeld. De cardioloog vanuit de 2^e lijn zorgt voor een warme en een schriftelijke overdracht. De patiënt wordt zo lang mogelijk medicamenteus behandeld.

9.4 Beleid Hartfalen in huisartsenpraktijk: bewezen HF patiënt



Tabel 1: Beleid bij bekende en nieuwe patiënt

| Fase 1: Controles 1 ^e jaar na diagnosestelling | Aantal consulten | Zorgverlener |
|---|------------------|--------------|
| Diagnose (1-2 weken) | | |
| Diagnosestelling | 1 consult | Huisarts |
| Eventueel aanvullend onderzoek | 1 consult | Huisarts |
| Bespreken diagnose | 1 consult | Huisarts |
| Educatie ziektebeeld | 1 consult | POH** |

| | | |
|--|-------------------------|---------------------|
| Screening (facultatief op PlusPunt) | | |
| Uitsluiten onderliggend lijden (eventueel echo) | | Cardioloog PlusPunt |
| NYHA classificatie bepaling | | |
| Voorstel beleid: 1 ^e / 2 ^e lijn, advies medicatie | | |
| Screening POH-GGZ op angst/ depressie 4-DKL-score | | |
| Instelling (2 weken–6 mnd) | | |
| Instellen en monitoren medicatie | 4 consulten | Huisarts |
| Overgang naar reguliere controles (6–12 mnd) | | |
| Kwartaalcontroles | 2 consulten | POH* |
| Jaarcontrole | 1 consult a 20 min | HA |
| Fase 2: Controles in de vervolgjaren*** | | |
| | Aantal consulten | Zorgverlener |
| Controlefrequentie | | |
| Vaker dan 3-maandelijks (frequentie afhankelijk van problematiek) | 1 consult a 45 min | POH* |
| 6-maandelijkse controle | 1 consult a 20 min | Huisarts |
| * Zie tabel 2 | | |
| ** Zie tabel 3 | | |
| *** Indien een HF patiënt retour vanuit de tweedelijns komt, is enkel fase 2 van toepassing. | | |

Tabel 2: Beleid bij het uitvoeren van controles in de huisartsenpraktijk voor HF door POH

| | |
|------------------------------|---|
| Anamnese | |
| Tijdens alle controles | Hartfalen <ul style="list-style-type: none"> • Hebt u meer last van kortademigheid? • Slaapt u op meer kussens dan voorheen? Zo ja, komt dat door niet plat kunnen liggen wegens kortademigheid? • Hebt u last van kriebelhoest? Toename bij platliggen? • Moet u 's nachts vaker dan voorheen opstaan om te plassen? • Last van dikke voeten, opgezette buik, gebrek aan eetlust? • Last van toegenomen vermoeidheid? • Vaststellen NYHA • Last van duizeligheid / hartkloppingen / pijn op de borst? • Bij vermoeden tot uitdroging: dorst of droge mond? Duizeligheid? • Bij diabetes: last van dorst? Drinkt u meer? |
| Bij HF | Monitoren depressie (screenende vragen): <ul style="list-style-type: none"> • piekert u de laatste tijd? • bent u lusteloos? • bent u gespannen? (bij 1 keer ja 4-DKL) |
| Lichamelijk onderzoek | |
| Tijdens alle controles | <ul style="list-style-type: none"> • Bloeddruk, • Pols (frequentie, irregulariteit, vulling) • Gewicht, BMI • Oedemen |
| Laboratorium | |
| Jaarlijks | <ul style="list-style-type: none"> • Pro BNP bij diagnostiek en op indicatie (bijv. twijfel dyspneu bij patiënt) |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Glucose • Nierfuncties en eGFR • Op indicatie vaker (bijv. na aanpassing antihypertensiva) en MDRD bij nierfunctiestoornissen • Schildklierfunctiestoornissen: 1x 3 jaar TSH; vaker indien en op geleide van klachten: bij Cordarone gebruik jaarlijks • HB en HT jaarlijks. Bij ernstige nierfunctiestoornissen en bij anemie of vermoeden tot anemie: vaker |
| Educatie | |
| Tijdens alle controles | Zie educatielijst (tabel 3) |
| Individueel zorgplan | |
| Tijdens alle controles | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie zorgproces en behandeldoelen • Gewijzigde zorgvraag, andere behoeften, zorgen, verwachtingen en overtuigingen van de patiënt • Bespreken individueel zorgplan en eventueel aanpassen • Nabespreking huisarts • Beoordeling totale medicatie op interacties |

Tabel 3: Educatielijst voor hartfalen

| Datum | Onderwerpen |
|-------|--|
| | Algemeen |
| | Aanleiding / oorzaak |
| | Wat is HF? |
| | Klachten en symptomen |
| | Doel van de behandeling |
| | Rol van de diverse hulpverleners |
| | Prognose en besluiten |
| | Individueel zorgplan |
| | Waarom is het belangrijk de adviezen op te volgen |
| | Zelfmanagement |
| | Belang van (vroeg) herkenning van symptomen |
| | Belang van gewichtscontrole |
| | Belang van therapietrouw |
| | Actie bij (toename van) klachten / symptomen |
| | Medicijnen |
| | Belang van medicatie therapietrouw |
| | Werking en bijwerkingen van de medicatie |
| | Tijdstip en dosering |
| | Tijdsduur m.b.t. optimale werking |
| | Invloed van medicatie op kwaliteit van leven, ziekenhuisopnames en mortaliteit |
| | Eventueel zelfmanagement t.a.v. diuretica |
| | Voeding |
| | Richtlijnen gezonde voeding |
| | Natrium beperking (geen zout toevoegen) |
| | Vochtbeperking, indien geïndiceerd |
| | Relatie hartfalen – vocht en zoutintake - diuretica |

| | Activiteit en rust |
|--|--|
| | Advies dagelijkse activiteiten en rust |
| | Energiebalans |
| | Hartrevalidatie |
| | Sociale activiteiten (reizen, vakantie, uiteten) |
| | Werken in en buitenshuis |
| | Seksualiteit / seksuele problematiek |
| | Leven met HF |
| | Begeleiding bij acceptatie |
| | Herkennen, voorkomen en behandelmogelijkheden bij angst en depressie |
| | Bespreken sociale steun / in kaart brengen sociaal netwerk |
| | Hulp thuis / aanpassingen en voorzieningen thuis |
| | Lotgenotencontact / patiëntenvereniging |
| | Overige adviezen |
| | Stoppen met roken |
| | Aandacht voor over gewicht |
| | |
| | Herkennen van slaapstoornissen (bij overgewicht en alcohol abusief) |
| | Bloedsuikercontrole bij diabetes |
| | Gevolgen van hyperglycaemie bij diabetes (dorst: veel drinken) |
| | Monitoren van bloeddruk bij hypo- of hypertensie |